


Anlage SE - Schweigepflichtentbindungserklärung

	Eingangsstempel
---	-----------------

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-blk.de unter der Rubrik "Vordrucke / Formulare > Download > Leistungen".

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

Kundennummer der BA (falls vorhanden)

Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem in dem Unfallfragebogen genannten Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben (siehe Punkt 7 des Unfallfragebogens), von der Schweigepflicht, soweit dies erforderlich ist, damit der Leistungsträger Schadensersatzforderungen nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) prüfen und erforderlichenfalls geltend machen kann, wenn durch das Schadensereignis Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ausgelöst werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Röntgenbilder und ähnliche Unterlagen, die sich über mich besitzen bzw. in Zukunft besitzen werden, zur Sachverhaltsaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Trägern der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (Jobcenter) zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Unterlagen, die bei einer Stelle innerhalb des Jobcenters vorliegen bzw. vorliegen werden, der Regress bearbeitenden Stelle zugänglich gemacht werden, sofern dies für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Mit ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und widerrufen werden kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den ärztlichen Dienst erforderlich wären.

Ich entbinde die nachfolgend aufgelisteten Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken von der Schweigepflicht.

Hinweis: Haben Sie mehrere Ärzte oder Krankenhäuser bzw. Kliniken aufgesucht, steht es Ihnen frei, für jeden Arzt/jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung auszufüllen und abzugeben.

Name des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

Anschrift

Name des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

Anschrift

Name des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen		<input type="text"/>
Anrede	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Familiename		Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kundennummer der BA (falls vorhanden) <input type="text"/>		
Einverständniserklärung zur Einsichtnahme der Gutachten bei der gegnerischen Versicherung		
Ich gestatte dem Jobcenter die Einsichtnahme in sämtliche den Unfall/das Schadensereignis betreffende ärztliche Gutachten, die sich in den Akten der gegnerischen Versicherung (siehe unten) befinden.		
Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen. Mir ist bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den ärztlichen Dienst erforderlich wären.		
Name der gegnerischen Versicherung		
<input type="text"/>		
Anschrift		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Ort, Datum	Unterschrift	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen		<input type="text"/>
Anrede	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Familiename		Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kundennummer der BA (falls vorhanden) <input type="text"/>		
Einverständniserklärung zur Übersendung ärztlicher Gutachten an die gegnerische Versicherung		
Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner unfallbedingten Rehabilitation erstellten ärztlichen Gutachten, soweit dies zur Geltendmachung der auf das Jobcenter gemäß § 116 SGB X übergegangenen Schadenersatzansprüche notwendig ist, der gegnerischen Versicherung zum Nachweis der Unfallbedingtheit übersandt werden.		
Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen.		
<input type="text"/>		
Ort, Datum	Unterschrift	